Azienda Ospedaliera Carlo Poma - Specialistica Ambulatoriale
Percorsi Diagnostico-Terapeutici in Ortodonzia

I criteri clinici per l'accesso alle prestazioni ortodontiche erogate **in regime di SSR** sono definiti nella DGR 3111/2006:

<<Dovranno essere sottoposti a trattamento ortopedico-ortodontico i soggetti in fase dinamica di crescita che presentino gravi alterazioni dei rapporti intermascellari tali da pregiudicare una corretta funzionalità dell’apparato masticatorio e/o della crescita facciale.>>

Sempre con riferimento alla medesima DGR, per l'accesso alla prima visita è necessaria la richiest del pediatra di libera scelta:

<<su richiesta del pediatra di libera scelta, la prima visita per i bambini con età uguale o inferiore ai anni.>>

Per schematismo può essere utile rappresentare i percorsi diagnostico-terapeutici in ortodonzia con un diagramma di flusso (flowchart), ogni fase può subire variazioni in relazione alle diverse necessi cliniche.

I pazienti selezionati per il trattamento ortodontico saranno preferibilmente quelli in fase dinamica crescita e che presentino gravi alterazioni dei rapporti intermascellari tali da pregiudicare una corret funzionalità dell’apparato masticatorio e/o della crescita facciale.

Per una valutazione di massima delle “gravi alterazioni dei rapporti intermascellari tali da pregiudica una corretta funzionalità dell’apparato masticatorio e/o della crescita facciale” si sono scelti parametri definiti nello IONT (5 classi di gravità, solo la 4 e la 5 verranno di preferenza trattati).

Percorso diagnostico terapeutico	Documentazione clinica	Procedure amministrative
Iscrizione elenco pazienti cui effettuare la prima visita ortodontica: nome, cognome, comune residenza, data di nascita, n° di tel. Dichiarazione del tempo stimato che dovrà trascorrere prima della visita.		Iscrizione all'elenco dei pazienti ortodontici da chiamare
Chiamata dall'elenco degli iscritti		
PRIMA VISITA ORTODONTICA. Persona dotata di podestà genitoriale accompagna il paziente con eventuali esami clinici e radiografici pertinenti. - Anamnesi medica ed odontoiatrica. - Esame clinico morfologico intra, extraorale e funzionale (es. deglutizione, disturbi ATM). - Valutazione abitudini viziate. - Foto intra ed extra orali. - Istruzioni igiene orale. - Prima valutazione clinica (con riserva) della necessità di un trattamento ortodontico. DA VALUTARE A CURA DEL CLINICO: - Ricetta Rx OPT ed eventualmente Rx tele cranio in proiezione latero-laterale e/o postero-anteriore. - Ricetta per sigillatura dei primi molari permanenti e più raramente del cingolo degli incisivi superiori. - Ricetta per ulteriori cure odontoiatriche (ablazione tartaro, ricostruzioni, terapie endodontiche, estrazioni). - Ricetta per ciclo esercizi di logopedia e valutazione funzionale. - Ricetta per accertamenti specialistici (es. visita ORL per respiratori orali, Rx polso e mano per valutazione crescita scheletrica).	Compilazione cartella clinica, Foto intraorali e del volto in formato digitale. Consenso informato alla visita ed alla eventuale terapia firmato da persona con podestà genitoriale. Consenso privacy firmato da persona con podestà genitoriale.	I genitori del paziente devono avere ricetta del Pediatra di libera scelta per prima visita ortodontica. Relazione visita firmata SISS.
COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO. Solitamente dopo aver completato gli esami richiesti durante la prima visita e le terapie eventualmente necessarie si effettua il completamento diagnostico: - Visione esami radiografici, eventuale preparazione cefalometria. - Rilievo impronte in alginato e morso in cera per modelli museo.	Aggiornamento cartella clinica. Tracciato cefalometrico (eventuale). Relazioni visite specialistiche (eventuali).	Ricetta per controllo ortodontico. Foglio per pagamento materiale ortodontico. Modulo prescrizione odontotecnico. Bollettino pagamento spese odontotecniche. Relazione visita firmata SISS.
IONT 4 e 5 — IONT 1, 2, 3.		
NECESSITA TERAPIA - PRESENTAZIONE TERAPIA. - Previo studio del caso clinico. - Discussione del caso con accompagnatori dotati di potestà genitoriale, proposta programma terapeutico, istruzioni, costi, durata presunta e fasi intervento terapeutico, firma consenso terapia.	Modelli museo in gesso archiviati nella gipsoteca. Aggiornamento cartella clinica. Aggiornamento consenso informato alla terapia firmato da persona con podestà genitoriale.	Ricetta per controllo ortodontico. Fattura odontotecnico. Relazione visita firmata SISS.
Ortesi costruite dall'odontotecnico. Impronte in alginato, morso di costruzione.	Aggiornamento cartella clinica.	Ricetta per controllo ortodontico. Modulo prescrizione odontotecnico. Bollettino pagamento spese odontotecniche. Relazione visita firmata SISS.
Terapia ortodontica fissa. Posizionamento apparecchio ortodontico, istruzioni uso. Terapia ortodontica mobile/funzionale. Consegna ortesi, istruzioni utilizzo.	Aggiornamento cartella clinica.	Ricetta per trattamento ortodontico fisso-mobile-funzionale annuale. Moduli conformità CE (2 copie). Fattura odontotecnico. Foglio per pagamento annuale materiale ortodontico. Relazione visita firmata SISS.
CONTROLLO TERAPIA ORTODONTICA. - Controllo compliance e igiene orale. - Controllo risultati ottenuti. - Controllo crescita scheletrica, dentizione e occlusione. - Motivazione alla collaborazione. - Adattamento apparecchi, ristrutturazioni, cambio materiale. - Eventuale richiesta per interventi odontoiatrici.	Aggiornamento cartella clinica.	Ricetta per controllo ortodontico. Foglio per pagamento materiale ortodontico eventualmente utilizzato. Relazione visita firmata SISS.
TERMINE FASE ATTIVA TERAPIA ORTODONTICA. - Eventuale conenzione fissa o mobile. - Controllo periodico crescita scheletrica, dentizione ed occlusione. - Controllo abitudini viziate.	Aggiornamento cartella clinica.	Ricetta per controllo ortodontico. Foglio per pagamento materiale ortodontico eventualmente utilizzato. Relazione visita firmata SISS.
TERMINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. (Non necessita trattamento, non accetta il trattamento, ha terminato il trattamento). - Follow Up annuale/semestrale dentizione, occlusione e crescita massiccio facciale. - Controllo recidiva ortodontica. - Motivazione igiene orale. - Controllo eventuali abitudini viziate.	Aggiornamento cartella clinica. Firma in cartella di persona con potestà genitoriale per termine trattamento ortodontico.	Ricetta per controllo ortodontico. Relazione visita firmata SISS.

IONT (Index of Orthodontic Treatment Need), classi di gravità:
Grado 1 – Nessuna necessità di trattamento ortodontico
a. Malocclusioni minori compreso il dislocamento di punti di contatto fino ad 1 mm
Grado 2 – Insufficiente necessità di trattamento ortodontico
a. Aumento di overjet sopra i 3,5 mm e fino a 6 mm con labbra competenti
b. Overjet negativo fino ad 1 mm
c. Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza fino ad 1 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspidazione
d. Dislocamento dei punti di contatto tra 1 e 2 mm
e. Open bite anteriore o posteriore compreso tra 1 e 2 mm
f. Neutro-occlusione, senza altre anomalie (discrepanza fino a metà cuspide)
Grado 3 – Casi Border Line
a. Aumento di overjet tra 3,5 e 6 mm con labbra incompetenti
b. Overjet negativo fino a 3,5 mm
c. Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza tra 1 e 2 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspidazione
d. Dislocamento dei punti di contatto tra 2 e 4 mm
e. Open bite anteriore o posteriore compreso tra 2 e 4 mm
f. Morso profondo completo, fino ai tessuti molli gengivali o palatini ma senza trauma
Grado 4 – Necessità di trattamento
a. Aumento di overjet tra 6 e 9 mm
b. Overjet negativo superiore a 3,5 mm ma senza difficoltà masticatorie o fonatorie
c. Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza superiore a 2 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspidazione
d. Grave dislocamento dei punti di contatto oltre 4 mm
e. Grave open bite anteriore o posteriore superiore a 4 mm
f. Overbite aumentato e completo con trauma dei tessuti molli gengivali o palatini
g. Ipodonzia lieve che richieda ortodonzia pre-restaurativa o chiusura di spazi per eliminare la necessità di protesi
h. Crossbite linguale posteiore (scissor bite) senza contatti funzionali occlusali in uno o entrambi i lati della bocca
i. Overjet negativo compreso tra -1 e -3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie e/o fonatorie
j. Denti parzialmente erotti, inclinati ed impattati contro denti adiacenti
k. Presenza di elementi soprannumerari
Grado 5 – Necessità di trattamento
a. Aumento di overjet superiore a 9 mm
b. Overjet negativo superiore a 3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie o fonatorie
c. Eruzione impossibile di elementi dentari (eccezion fatta per il terzo molare) a causa di affollamento, dislocamento di elementi dentari, presenza di soprannumerari, decidui ritenuti o qualsiasi altra causa patologica
d. Ipodonzia grave con implicazioni restaurative (più di un elemento mancante per quadrante) con necessità di ortodonzia pre protesica
e. Labio-palato schisi o altre anomalie cranio facciali
f. Denti decidui inclusi

D.G.R. N. VIII/3111 DEL 1.8.2006

MODIFICHE DELLA EROGABILITÀ A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI ALCUNI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AI SENSI DEL DPCM 29 NOVEMBRE 2001 SUI LEA E ULTERIORI DETERMINAZIONI RELATIVE ALL'APPROPRIATA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI DA HOSPITAL ED ALLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO.

Allegato 1

Criteri per l’erogazione con il SSR dell’assistenza odontoiatrica

DPCM 29 nov. 2001 LEA – Allegato 2B, punto a

CRITERI CLINICI

Nell'odontoiatria infantile, per una migliore allocazione delle risorse, alla luce dei rilevanti cambiamenti epidemiolog ultimi anni per quanto riguarda la prevalenza delle malattie dento-parodontali nei bambini, i LEA devono farsi ca potenziare la prevenzione, oltre che ottimizzare gli interventi terapeutici. Le patologie orali pediatriche che oggi risultan importanza, anche se con prevalenza modesta e che, se tenute sotto controllo nei primi 14 anni di vita, possono ridur modo significativo la spesa sanitaria negli anni futuri, oltre che mantenere la salute orale, sono:

- la carie dentale in soggetti a rischio
- le parodontiti aggressive
- le alterazioni morfologico-funzionali dei mascellari
- le patologie delle mucose orali a rischio per cancerogenicità .

I LEA odontoiatrici nel periodo evolutivo devono essere forniti ai soggetti appartenenti alla fascia d'età dai 0 ai 14 considerati a rischio e cioè con un alto numero di elementi dentari decidui persi o sede di processi cariosi (i dmft/DMFT>1), e comprendono le seguenti prestazioni, note per l’efficacia in soggetti in permuta dentaria:

- igiene orale professionale;
- applicazione di vernici cario-protettive e/o di sigillanti
- terapia riabilitativa delle lesioni cariose della dentatura decidua con tecniche restaurative provvisorie o minimali (Art)
- terapia delle lesioni dei denti permanenti
- estrazione dei denti decidui con polpa compromessa e applicazione di mantenitori di spazio

Particolare attenzione deve essere riservata ai pazienti ad alto rischio di ammalare di lesioni cariose degli elementi dec su tali soggetti, individuabili da vari fattori quali il livello di igiene orale, fattori sociali e un alto indice dmft/DMFT, essere effettuati dei protocolli preventivi mirati alla riduzione del tasso di batteri cariogeni presenti nella saliva.

Per mettere in atto azioni preventive efficaci si ritiene opportuno che le strutture accreditate con il SSR assicurino, all’i dei LEA, su richiesta del pediatra di libera scelta, la prima visita per i bambini con età uguale o inferiore ai 6 anni. In opportuno che il bambino minore di 14 anni, che presumibilmente rientra nelle indicazioni cliniche riportate nel p documento, debba essere valutato da uno specialista odontoiatra operante in struttura accreditata, in modo da po constatare la sussistenza delle condizioni cliniche e di provvedere, se necessario e previsto, al trattamento relativo.

I LEA devono farsi carico delle terapie odontoiatriche complete dei soggetti con labiopalato-schisi o affetti da malform cranio-facciali congenite.

Dovranno essere sottoposti a trattamento ortopedico-ortodontico i soggetti in fase dinamica di crescita che presentino alterazioni dei rapporti intermascellari tali da pregiudicare una corretta funzionalità dell’apparato masticatorio e/o della c facciale.